**Załącznik Nr 5**

Do Regulaminu Działania Systemu

Zapewnienia i Doskonalenia

Jakości Kształcenia UMB

**ARKUSZ HOSPITACJI ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH**

**Wydział ……………………….**

1. **Dane ogólne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Łączny czas trwania zajęć | Grupa (numer i liczebność) | Numer/Lokalizacja Sali |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Kierunek studiów, semestr, rok |  |
| Forma i poziom studiów |  |
| Katedra/Klinika/Zakład/Pracownia/Studium |  |
| Prowadzący zajęcia |  |
| Przedmiot |  |
| Rodzaj zajęć |  |
| Temat zajęć |  |
| Skład Zespołu Hospitującego |  |

1. **Ocena merytoryczna zajęć (zaznaczyć wybraną ocenę, przyjmując 5 jako najwyższą)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Oceniany obszar** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1 | Zgodność tematu zajęć z treściami programowymi przedmiotu. |  |  |  |  |  |
| 2 | Przygotowanie prowadzącego do zajęć. |  |  |  |  |  |
| 3 | Kontakt ze studentami oraz stosowane metody aktywizacji studentów. |  |  |  |  |  |
| 4 | Wykorzystanie pomocy naukowych i materiałów dydaktycznych(w tym nowoczesnych metod prowadzenia zajęć). |  |  |  |  |  |
| 5 | Ocena formujących metod weryfikacji efektów kształcenia.  |  |  |  |  |  |

1. **Uwagi dodatkowe Zespołu hospitującego**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Uwagi osoby prowadzącej zajęcia**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Podpisy** **Zespołu hospitującego**
2. …………………………………….
3. …………………………………….
4. …………………………………….

**Data**: …………………………………..

**Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią przedstawionego Arkusza hospitacji**

**Data i podpis osoby prowadzącej zajęcia:** …………………………………………………

**Data i podpis Kierownika Zakładu/Kliniki/Pracowni/Studium …………………………………………………..**